



بیمارستان فراهی
قطب علمی چشم پزشکی

گزارش اقدام درمانی / عمل جراحی

این فرم توسط چشم پزشک بعد از عمل جراحی تکمیل می شود



اداره سلامت نوزادان

سن حاملگی هنگام تولد	وزن تولد	تاریخ تولد نوزاد	شماره پرونده نوزاد	شماره پیگیری ROP
-------------------------------	-------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------

تاریخ عمل:	چشم پزشک / شماره نظام:
------------------	------------------------------

<p>چشم چپ</p> <p>منطقه (Zone): ① ② ③</p> <p>مرحله رتینوپاتی (stage): ① ② ③ ④ ⑤</p> <p>شدت فعالیت عروقی (Plus): ① بدون پلاس ② پره پلاس ③ پلاس</p>	<p>چشم راست</p> <p>منطقه (Zone): ① ② ③</p> <p>مرحله رتینوپاتی (stage): ① ② ③ ④ ⑤</p> <p>شدت فعالیت عروقی (Plus): ① بدون پلاس ② پره پلاس ③ پلاس</p>
---	---

<p><input type="checkbox"/> لیزر</p> <p><input type="checkbox"/> چشم راست</p> <p><input type="checkbox"/> چشم چپ</p> <p><input type="checkbox"/> تزییق دارو</p> <p><input type="checkbox"/> چشم راست</p> <p><input type="checkbox"/> چشم چپ</p> <p><input type="checkbox"/> اسکرال باکل</p> <p><input type="checkbox"/> چشم راست</p> <p><input type="checkbox"/> چشم چپ</p> <p><input type="checkbox"/> ویتراکتومی</p> <p><input type="checkbox"/> چشم راست</p> <p><input type="checkbox"/> چشم چپ</p> <p><input type="checkbox"/> موارد دیگر:</p>	<p>نوع عمل جراحی</p> <p>نوع دارو: <input type="checkbox"/> آوستین <input type="checkbox"/> استیوانت <input type="checkbox"/> آلیا</p>
--	---

<p>مشخصات بیهوشی</p> <p>آیا نوزاد بیهوش شد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا برای نوزاد لوله گذاری داخل تراشه انجام شد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>طول مدت بیهوشی (به دقیقه):</p>	<p>آیا نوزاد بیهوش شد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>دارو های هوش بری ذکر گردد:</p>
---	--

<p>پیگیری بعد از عمل: <input type="checkbox"/> ۳ روز دیگر <input type="checkbox"/> ۱ هفته دیگر <input type="checkbox"/> ۲ هفته دیگر <input type="checkbox"/> ۳ هفته دیگر</p>
--

<p>تاریخ نوبت بعدی:</p>

<p>بیمارستان مورد نوبت گیری: <input type="checkbox"/> همان بیمارستان <input type="checkbox"/> دانشگاه: شهرستان: بیمارستان:</p>
--

<p>ارجاع بیمار به چشم پزشک: <input type="checkbox"/> همان بیمارستان <input type="checkbox"/> دانشگاه: شهرستان: بیمارستان:</p>

<p>توضیحات:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

<p>نام و نام خانوادگی پزشک: امضا پزشک:</p> <p>شماره نظام پزشکی:</p>
